全国健康保険協会 船員保険部
船員保険

船員保険　資格情報のお知らせ　交付申請書　資情

資格情報のお知らせの交付を希望する場合にご使用ください。　※記入方法等については「記入例」をご確認ください。

被保険者（申請者）欄

記号・番号（左づめ）	
個人番号（マイナンバー）	船員保険の記号・番号をご記入（印字）された場合は個人番号（マイナンバー）のご記入は必要ありません。（記入（印字）された場合は本人確認書類等の添付が必要です。）
氏名（カタカナ）	
氏名	
生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
住所	郵便番号　－　電話番号（日中の連絡先）（　　　） 都・道・府・県

交付対象者

対象者
1.被保険者（本人）分のみ
2.被扶養者（家族）分のみ
3.被保険者（本人）および被扶養者（家族分）

	氏名（カタカナ）	生年月日
㋐被保険者	同上	同上
㋑被扶養者	(1)氏名（カタカナ） 性と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。	生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和　年　月　日
	(2)氏名（カタカナ） 性と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。	生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和　年　月　日
	(3)氏名（カタカナ） 性と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。	生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和　年　月　日

申請理由欄　紛失　・　き損　・　その他（　　　）

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

ご提出先　〒102-8016　東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会　船員保険部

R6.11